

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

N° _____

551

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Alain JARDIN

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 27 Juillet 1937 à Courbevoie (92)

Présentée et soutenue publiquement le

1970

! ! ! ! !
CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA CHIRURGIE PALLIATIVE DU
CANCER DE LA PROSTATE

! ! ! ! !
LE PONTAGE URETERO-VESICAL
! ! ! ! !

Président : M. René K U S S , Professeur

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1970

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Alain JARDIN

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 27 Juillet 1937 à Courbevoie (92)

Présentée et soutenue publiquement le

1970

! ! !
! CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA CHIRURGIE PALLIATIVE DU !
! !
! CANCER DE LA PROSTATE !
! !
! !

! LE PONTAGE URETERO - VESICAL !
! !

Président : M. René K U S S , Professeur

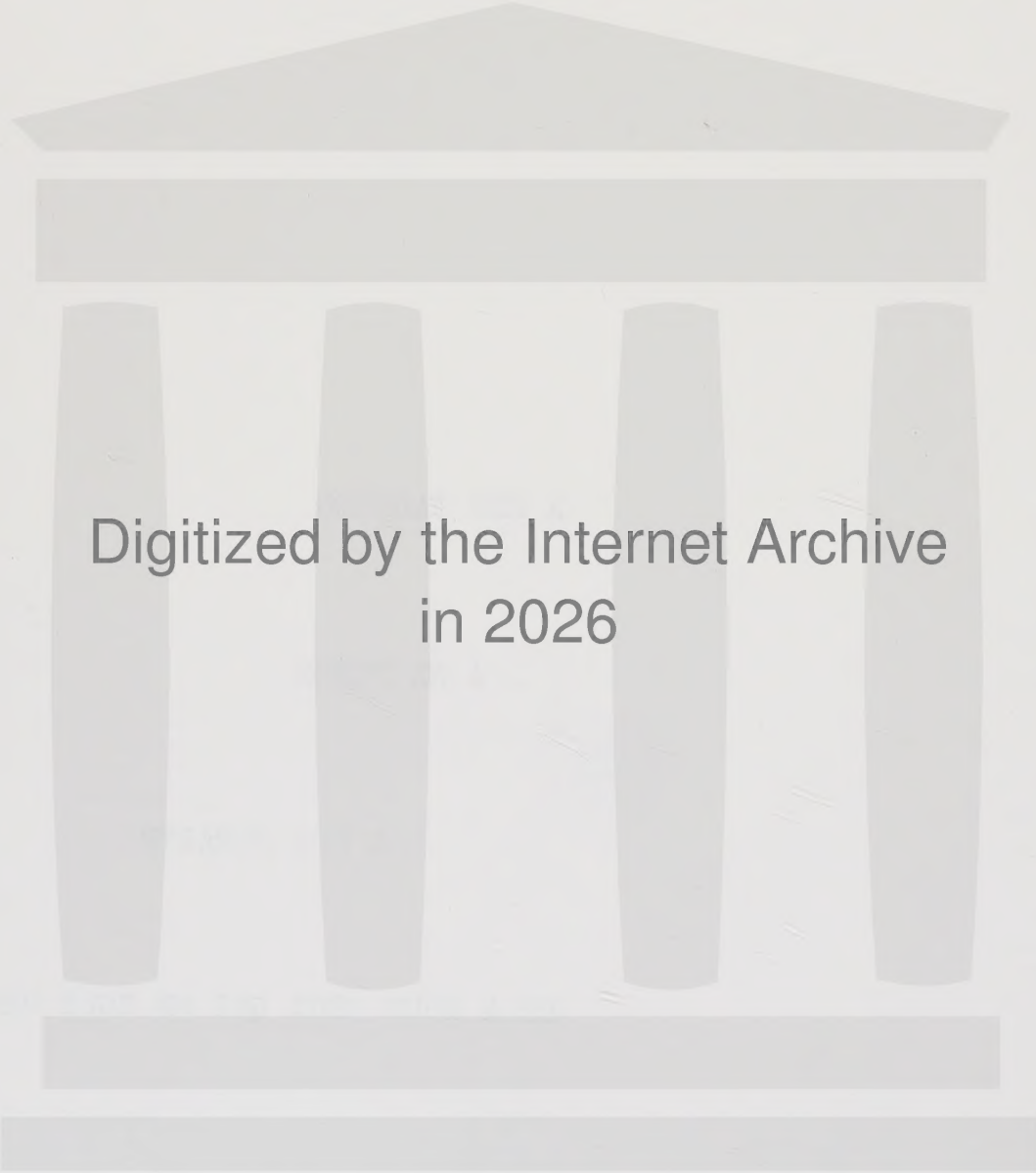


A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

ET A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551621_0016

A notre Maître,
Monsieur le Professeur René KUSS
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse.

Vous nous avez appris qu'en chirurgie il faut toujours
tout remettre en question.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude
et de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur Jean Marie BRISSET

Vous nous avez inspiré ce travail.

Vous nous avez montré ce que devait être un urologue.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance
et de notre profond attachement.

A CEUX QUI M'ONT FAIT DECOUVRIR ET AIMER L'UROLOGIE.

En 1961 Monsieur le Professeur R. KUSS

En 1962 Monsieur le Professeur G. RICHEL

En Avril 1968 Monsieur le Docteur J.M. BRISSET
avec à ses côtés
 le Docteur C. JACOBS

En Novembre 1968 Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE
avec à ses côtés
 M.le Professeur
 agrégé J. AUVERT
 M.le Professeur
 agrégé J. CUKIER
 M.le Docteur A. XERRI

En Novembre 1969 Monsieur le Professeur R. KUSS
avec à ses côtés
 M.le Professeur
 agrégé C. CHATELAIN
 M.le Docteur F. MATHIEV

Qu'ils soient assurés de ma reconnaissance et de ma fidélité.

A nos CONFERENCIERS.

Monsieur le Professeur agrégé P. RONDOT
Monsieur le Docteur R. CAQUET
Monsieur le Professeur agrégé J.P. BENHAMOU
Monsieur le Docteur P. VERLIAC
Monsieur le Docteur M. DARCY

A nos MAITRES D'EXTERNAT.

Monsieur le Professeur André SICARD
Monsieur le Professeur René KUSS
Monsieur le Docteur Maurice PESTEL
Monsieur le Professeur Gabriel RICHET
Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON
Monsieur le Docteur Albert NETTER
Monsieur le Professeur Pierre MOLLARET

A nos MAITRES D'INTERNAT.

Monsieur le Professeur agrégé Michel PREMONT
Monsieur le Professeur agrégé Jacques GRASSET
Monsieur le Docteur Lucien GOZLAND
Monsieur le Docteur Henri LEBRIGAND
Monsieur le Professeur agrégé Claude FRILEUX
Monsieur le Docteur Raymond LEIBOVICI
Monsieur le Professeur Roger COUVELAIRE
Monsieur le Docteur César NARDI
Monsieur le Professeur René KUSS

et à leurs côtés les Docteurs

J. NATALI , M. MERLIER , C. WAPLER , P. PILLOT , J. DEMIRLEAU ,
J. VALIDIRE , M. LACOMBE.

- INTRODUCTION -

Nous nous proposons de présenter six observations de malades porteurs d'un cancer prostatique ayant un retentissement urétéral. Ils ont bénéficié d'interventions palliatives, pontages urétéro-vésicaux, permettant de court-circuiter la portion terminale d'uretère enserrée par le cancer. Pourquoi les présenter ?

- 1 - Le traitement du cancer prostatique subit actuellement "une crise de croissance" et le choix des différentes tactiques thérapeutiques que l'on peut proposer est parfois difficile.
- 2 - L'évolution du cancer de la prostate, spontanée ou le cancer étant traité est éminemment variable, mais elle peut être aggravée, parfois rapidement, par le retentissement sur le haut appareil.
- 3 - Atteinte urétérale bilatérale au cours du cancer de la prostate n'est pas synonyme de carcinose pelvienne. L'"urémie" ou l'urétérostomie cutanée sont des états dans lesquels meurent peut-être, trop de cancéreux prostatiques.
- 4 - La chirurgie radicale ayant, à tort ou à raison, des indications exceptionnelles, la chirurgie palliative semble avoir une place de choix, peut-être insuffisamment exploitée. Cette chirurgie palliative est certes dominée par la résection généralement endoscopique du cancer, permettant de meilleures mictions. Mais le pontage urétérovésical y a sa place.
- 5 - Le pontage urétéro-vésical n'est pas toujours aisé quand l'atteinte urétérale est étendue, la bipartition vésicale apporte certainement un progrès dans la réalisation d'une telle tâche.

Tel sera le plan de la première partie de ce travail. Nous présenterons ensuite les dossiers de six malades, tous opérés au C.M.C. de la Porte de Choisy par le Docteur BRISSET. Enfin nous tenterons d'en tirer un certain nombre de conclusions. Il ne s'agit en aucun cas d'une étude statistique mais de la défense d'une voie thérapeutique chirurgicale dont le but est de donner au malheureux atteint d'un cancer prastatique, une survie qui ressemble à une vie.

3

I - LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE SUBIT UNE "CRISE DE CROISSANCE".

Avant 1940 ,le traitement du cancer de la prostate se résu-
mait aux gestes chirurgicaux permettant une évacuation des
urines quand leur cours était interrompu par l'obstacle
néoplasique.

Certains gestes étaient heureux,la résection endoscopique
avait à son actif des succès certains.

D'autres étaient plus néfastes qu'utiles telle la cystotomie.

En 1940, HUGGINS montra que la castration diminuait le
volume de la prostate du chien puis que les oestrogènes
avaient la même action.

Ces travaux furent appliqués aux cancéreux prostatiques et
en 1944,des résultats démonstratifs de l'action des oestro-
gènes étaient publiés.

Les bases d'une thérapeutique endocrinienne des cancers
étaient jetées.

Dans les années qui suivent,tout le monde va adopter l'oest-
rogénothérapie dans le cancer de la prostate,on va en
préciser les modalités,nécessité d'un traitement ininterrompu
Certains resteront partisans de l'orchicectomie associée,
se basant sur une statistique importante (NESBIT et BAUM)

En 1952,les conclusions du rapport du Congrès Français
d'urologie sur le traitement hormonal du cancer de la
prostate sont claires et seront adoptées par la plupart des
auteurs qui les appliquent encore.

"Même dans les cas les plus favorables il n'apporte
pas une guérison définitive; tôt ou tard son action s'épuise
il n'empêche pas la maladie de récidiver. D'autre part,il
est tout à fait inefficace dans 15 à 20 % des cas et il
présente certains inconvénients.
Ce n'est donc pas un traitement idéal.Mais,par contre,c'est

un traitement palliatif très remarquable; sous son influence on peut voir la tumeur prostatique diminuer, les troubles urinaires régresser et même disparaître, les douleurs cesser complètement, l'état général redevenir normal, si bien, qu'au total le malade peut avoir l'impression d'une guérison complète.

Prolonge-t-il la vie ? C'est sur ce point seul que l'on pourrait mettre en doute son efficacité; cependant presque tous les urologues estiment qu'il donne une certaine survie de durée d'ailleurs difficile à apprécier."

Depuis de nouveaux oestrogènes ont été introduits. D'autres voies thérapeutiques proposées: curiosthérapie qui semble avoir surtout des détracteurs, cobaltthérapie qui semble à certains un apport non négligeable.

En avril 1967, un colloque sur le traitement du cancer de la prostate à Marseille, confirme que les auteurs français ne font que très peu de chirurgie radicale, que "les oestrogènes restent la base de la thérapeutique du cancer prostatique", que dans la chirurgie palliative dont les bienfaits sont reconnus par tous, aucune place n'est faite à la chirurgie non invalidante qui nous occupera.

En 1967, une enquête de BAILLER aux Etats Unis vient repenser le problème de l'oestrogénothérapie, cette enquête qui porte sur 2300 malades conclut que:

"Les oestrogènes, tout au moins à la posologie habituelle, élèvent nettement le risque d'accidents vasculaires. Le risque ne doit être pris que pour les malades dont les symptômes sont si sévères qu'ils réclament un soulagement urgent."

Les auteurs prescrivent surtout les doses importantes d'oestrogènes et proposent des doses de 0,2 mg à 5mg.

Ainsi, en matière de cancer prostatique:

- le traitement oestrogénique est contesté.
- la chirurgie cherche sa place exacte.
- d'autres voies thérapeutiques sont ouvertes, aucune ne doit être négligée.

II - L'EVOLUTION VARIABLE DU CANCER DE LA PROSTATE PEUT ETRE AGGRAVEE PAR LE RETENTISSEMENT SUR LE HAUT APPAREIL.

L'évolution du cancer prostatique est variable.

La durée de survie est le seul élément comparable. De nombreux auteurs ont rapporté des survies de 7 - 10 - 15 ans et le cancer prostatique est souvent considéré comme un cancer à évolution assez lente surtout avec oestrogénothérapie. En fait, les différentes statistiques montrent une survie moyenne qui varie selon les auteurs, entre 2 ans 1/2 et 4 ans à partir du moment où le cancer "fait parler de lui". C'est peu.

Pour la plupart des auteurs, si l'oestrogénothérapie a une action bénéfique sur la taille de la tumeur et les troubles qu'elle entraîne, elle ne modifie que peu la survie. Et même pour BAILLER et ses collaborateurs elle la diminue, du fait en particulier, de complications cardiovasculaires qui sont fréquentes.

Les complications qui vont finir par entraîner la mort du malade, outre les complications aiguës bien rares (hémorragies par fibrinolyse ou non, embolie pulmonaire etc..) sont représentées essentiellement

- par les métastases et tout spécialement les métastases osseuses
- par le retentissement sur le haut appareil qui nous intéresse ici.

Sa fréquence est difficile à apprécier. Les seuls critères sont urographiques en dehors de l'insuffisance rénale et il existe tous les intermédiaires entre une urographie intra-veineuse parfaitement normale et une dilatation urétérale majeure.

Ses manifestations:

- Souvent latente et c'est l'urographie intra-veineuse qui met en évidence une dilatation urétéropyélocaliciale en amont d'un cancer prostatique envahissant le trigone.
- Cette dilatation est bien sûr plus ou moins importante et l'asymétrie des images est habituellement retenue comme un signe de néoplasie, c'est dire sa fréquence.
- Ailleurs elle se traduit par:
 - des crises de colique néphrétique
 - une anurie mécanique - des poussées de pyélonéphrite
 - surtout une insuffisance rénale qui va pouvoir évoluer de façon progressive.

III - ATTEINTE URETERALE BILATERALE AU COURS DU CANCER PROSTATIQUE N'EST PAS SYNONYME DE CARCINOME PELVIENNE.

Un retentissement bilatéral sur le haut appareil peut être dû :

- à un obstacle cervical isolé mais serré, entraînant une distension vésicale et urétérale. C'est assez rare en matière de cancer prostatique.
- à une infiltration néoplasique des uretères terminaux, le plus souvent.

Le cancer de la prostate est développé aux dépens de la glande caudale dont le pôle supérieur cotoie le bloc séminal et soutient le trigone. La terminaison des uretères est donc proche et leur envahissement facilement expliqué. L'envahissement a tendance à gagner le "ligament large masculin" comme les cancers génitaux de la femme envahissent le paramètre.

Mais certains cancers encore relativement peu évolués ont déjà un retentissement sur le haut appareil. Certes, les oestrogènes peuvent entraîner une régression de la dilatation urétérale. Elle est généralement incomplète et mieux vaut peut-être, nous semble-t-il réimplanter les deux uretères précocement avant que le cancer soit trop étendu.

En effet, trop souvent sans doute, lorsque le chirurgien voit un malade porteur d'un cancer pelvien avec une dilatation urétérale bilatérale importante ou avec une insuffisance rénale, le réflexe est de penser carcinome pelvien. Or, en matière de cancer prostatique, ces troubles ne signifient pas toujours carcinome pelvien avec le sentiment d'impuissance qui en est le corollaire.

Ainsi est créé un climat psychologique particulier lorsqu'on a à traiter de tels malades et le raisonnement est souvent le suivant :

"1 - la partie est perdue.

2 - nous avons à choisir entre

- la douceur d'une mort dans l'urémie (il est remarquable qu'on emploie alors toujours le mot urémie qui phonétiquement est en effet chargé de douceur)
- la survie au prix d'une infirmité: l'urétérostomie cutanée qui rendra très pénibles, les derniers moments de tels malades."

Or, la partie n'est pas toujours perdue à court terme et l'infirmité pas toujours obligatoire, c'est ce que nous espérons montrer.

IV - PLACE DU PONTAGE URETERO-VESICAL DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DE LA PROSTATE.

La chirurgie radicale.

La prostatectomie totale n'a pratiquement pas de partisans en France. Aucune statistique française importante n'a été publiée à notre connaissance.

On lui reproche surtout:

- 1 - d'avoir peu d'indications puisqu'on semble la réserver aux tout petits cancers de moins de 15 millimètres de diamètre purement intraprostatiques et l'on estime à 2 à 5 % des malades vus, ceux qui en seraient justiciables.
- 2 - d'être une intervention agressive, grevée de complications graves dominées par l'incontinence.

Les auteurs américains qui ont publié plusieurs statistiques importantes de prostatectomie totale sont plus optimistes.

Si, entre leurs mains, l'incontinence post-opératoire varie entre 6 et 9 % des cas (ce qui paraît peu) dans leur esprit les indications en sont aussi plus larges, puisque HUGGINS après d'autres, rappelait récemment les indications, à son sens, de la prostatectomie totale: cancer intracapsulaire bien sûr, mais aussi cancer s'étant limité sous oestrogènes, cancer récidivant après avoir été contrôlé un temps par les oestrogènes.

Enoncées par le pionnier de l'hormonothérapie, elles incitent peut-être à reconsidérer les choses.... surtout qu'il s'agit de la seule méthode thérapeutique capable de guérir définitivement le cancer de la prostate.

La chirurgie palliative s'adresse à l'obstacle.

L'obstacle cervical est très fréquent, sinon constant. Pour le lever et ainsi obtenir de meilleures mictions et

aussi protéger le haut appareil, on dispose:

1 - de la résection endoscopique

elle est capable, à elle seule, de refaire pisser normalement un certain nombre de dysuriques par cancer de la prostate.

elle peut être répétée plusieurs fois au cours de l'évolution de la maladie.

ses suites sont généralement simples dans des mains expérimentées.

2 - de la résection par taille vésicale:

elle est indiquée chaque fois qu'une intervention par voie haute est justifiée (levée d'un obstacle urétéral, existence d'un adénome associé au cancer) ou que la voie endoscopique est contre-indiquée (obstacle urethral associé, urethre prostatique infranchissable par le résecteur).

3 - de la cryochirurgie, peu encore utilisée en France mais qui trouve là sans doute, une assez bonne indication, à en croire les auteurs qui l'ont pratiquée.

L'obstacle urétéral est certes plus rare, c'est pourquoi il est difficile de trouver des statistiques importantes sur ce sujet. Peut être est-ce un peu aussi parce que les mesures thérapeutiques prises contre lui sont tardives, l'habitude étant prise de considérer une dilatation urétéropyélocaliciale unilatérale comme un signe de cancer de la prostate plus que comme une complication.

La plupart des interventions proposées contre lui laissent une infirmité

- néphrostomie
- urétérostomie cutanée
- cystotomie sur la calotte isolée du bloc tumoral après réimplantation des uretères
- vessie iléale, sigmoïdienne
- implantation urétéro-colique

Enfin, le pontage urétéro-vésical associé, si nécessaire, à un évidement prostatique par voie haute, qui nous semble la meilleure opération à proposer quand elle est possible.

Certes la dérivation des urines à la peau ou dans le rectum a l'avantage de mettre les uretères à distance du développement tumoral. Par rapport à la simple réimplantation vésicale, c'est vrai; mais la bipartition vésicale permet de réimplanter les uretères très à distance du bloc néoplasique. Seul, un envahissement important de la paroi vésicale nous paraît devoir faire dériver les urines. Mais alors, l'heure chirurgicale n'est-elle pas, pour le coup, dépassée.

V - AVANTAGES DE LA BIPARTITION VESICALE EN MATIERE DE POITAGE URETERO- VESICAL.

Principe:

Il s'agit bien de chirurgie palliative. Les lésions responsables de la dilatation urétérales sus jacentes sont laissées en place. Le but recherché est de court-circuiter les lésions en anastomosant l'uretère coupé en zone saine et la vessie.

Réalisation:

- I - réimplantation directe dans la calotte vésicale ou urétéronéocystostomie

C'est l'intervention la plus simple, elle n'est pas toujours possible.

Assez souvent possible quand l'étranglement n'intéresse qu'un uretère, elle devient plus difficile quand il faut réimplanter les deux: la vessie en effet, même libérée en avant et en arrière, "monte" difficilement à la rencontre des uretères.

- 2 - il est donc, dans bon nombre de cas, nécessaire de pratiquer une intervention plastique pour gagner de chaque côté les centimètres d'uretère exclu.

- l'intervention de BOARI-KUSS bilatérale est une solution

Mais quand l'obstacle urétéral est représenté par un cancer et tout spécialement dans le cancer de la prostate, la dissection latérale que nécessite cette intervention si on veut obtenir de bons lambeaux est difficile et parfois impossible.

- c'est pourquoi, la bipartition vésicale nous paraît dans ces cas la solution la meilleure.

Décrite par M. E. MAGDIER en 1963, sa technique est simple:

- La voie d'abord est une médiane sous-ombilicale débordant légèrement l'ombilic
- Après libération de la face antérieure de la vessie le péritoine est ouvert, ce qui permet d'emblée d'aller couper les uretères au-dessus de l'obstacle.
- Ensuite la vessie est fendue sagittalement.
- Ainsi sont formées deux cornes vésicales qui sont amenées au devant de chacun des deux uretères qui y sont réimplantés.
- La fermeture de la vessie est simple; les extrémités antérieure et postérieure de la taille vésicale sont rapprochées et chacune des deux cornes vésicales, fermées progressivement.

Ses avantages:

M. E. MAGDER en 1963 écrivait:

"quand la vessie est de dimension et de souplesse normales, l'ampleur de l'étoffe obtenue habituellement surprend; la corne vésicale remonte largement, au-delà des vaisseaux iliaques.

En plus du gain calculable "la vue géométrique, pour avantageuse qu'elle paraisse ne tient pas compte d'un fait physiologique: le relâchement du détrusor après une section aussi importante qui permet à l'étoffe vésicale de se détendre."

Il précisait, à ses yeux, ses avantages:

- 1 - simplicité du temps initial: une taille est plus rapide et plus aisée que le tracé d'un lambeau rectangulaire.
- 2 - simplicité encore du temps terminal, simple fermeture de la taille.
- 3 - conservation parfaite de la vascularisation des deux demi-vessies qui ne risquent pas la moindre ischémie.

La bivergité sera donc tout particulièrement indiquée lorsque l'urétéronécystostomie doit être bilatérale.

Nous y ajouterons l'avantage d'une voie intrapéritonéale d'emblée, l'absence de toute dissection basse de l'uretère.

Ses inconvénients:

Elle réduit certes la capacité vésicale
En assimilant la vessie à une sphère on peut considérer que

si la taille vésicale porte sur une hémicirconférence (ce qui correspond généralement à la réalité) le volume vésical est réduit d'environ la moitié.

Mais on connaît la faculté qu'a une vessie amputée d'une partie de sa capacité de la récupérer en quelques semaines et jamais cette réduction de volume n'est gênante après une telle intervention.

Ses inconvénients sont donc minimes.

- OBSERVATIONS -

-- OBSERVATION N° 1 --

Monsieur J.M. M., né en 1905 entre au C.M.C. de la Porte de Choisy, le 20 Mars 1965, transféré du service de M. le Professeur DEROT à l'Hôtel Dieu.

Il n'y a rien de saillant dans ses antécédents en dehors d'une tuberculose pulmonaire en 1948, guérie.

Le début de ses troubles remonte à l'été 1964, où il a noté l'apparition, puis l'accentuation de troubles mictionnels: pollakiurie surtout nocturne, dysurie discrète.

En Décembre 1964, une urographie intra-veineuse montrait une vessie de lutte mais un haut appareil peu dilaté.

Le 8 Mars 1965, le malade note une oligurie installée progressivement en quelques jours, accompagnée d'une soif intense qu'il satisfait.

Dans la nuit du 9 au 10 Mars, se manifeste une crise d'œdème aigu pulmonaire. La tension artérielle est à 22-11, l'oligurie est extrême.

Il est alors transporté à l'Hôtel Dieu. A son arrivée, on note un œdème généralisé, une dyspnée intense. Le diagnostic de cancer prostatique est porté sur les données du T.R. Une sonde à demeure est mise en place.

Le 11 Mars, l'urée est à 1,80 g/l, la créatinine sanguine à 106 mg/l, la clearance de la créatinine à 7ml/mn, bien que la diurèse des 24 heures soit de 1500 cc.

Dans les jours qui suivent les œdèmes disparaissent, on note une polyurie, mais des urines peu concentrées. L'azotémie, le 16 Mars est à 1,10 g/l. On pense donc à un obstacle incomplet de la voie excrétrice en amont de la vessie et on décide une exploration chirurgicale.

A son entrée, les œdèmes ont régressé

Le T.R. retrouve une prostate augmentée de volume dure et irrégulière

les examens complémentaires montrent une urée à 0.95 g/l

l'urographie intra-veineuse (22 Mars 1965)
montre une mauvaise sécrétion des deux reins;
à droite les cavités cependant sont fines, à
gauche le rein est muet.

Il est opéré le 25 Mars 1965 (Docteur BRISSET).

Compte-rendu opératoire:

Médiane sous-ombilicale - Taille vésicale.

Il s'agit manifestement d'un cancer prostatique.

Enucléation d'un petit adénome se clivant mal.

On vérifie, à l'aide d'une sonde urétérale, les uretères qui
présentent des deux côtés un rétrécissement et le passage de
la sonde libère des urines en rétention.

Malgré la masse très importante, étant donné le bon état du
malade, on décide de ne pas lui faire une uétérostomie cutanée
et de tenter une réimplantation urétérale bilatérale.

Dissection et repérage de l'uretère gauche, au niveau du croi-
sement avec les vaisseaux. Il existe de nombreux ganglions
et la masse est très dure. Ligature du déférent.

Mêmes gestes à droite.

Les uretères se trouvent coupés à environ 4 cm de la vessie.

Réimplantation urétéro-vésicale directe au catgut 000 à points
séparés.

Sondes urétérales qui sortiront par la plaie.

Agrandissement aux ciseaux, du col vésical.

1 sonde de Couvelaire n°20 dans la vessie.

Fermeture de la vessie sur un drain de Redon pour irrigation
continue.

1 lame dans les décollements latéraux - Paroi au nylon.

Compte-rendu histologique (Docteur E.MARTIN).

Petite prostate de 3 centimètres de diamètre.

Cette prostate est très pauvre en cavités glandulaires de
volume sensiblement normal, bordée par un épithélium cylin-
drique ou cubique légèrement végétant.

Le tissu conjonctivo-musculaire assez fortement scléreux, est
infiltré sur presque toute la superficie, par une prolifération

de petites cellules, tantôt fusiformes, tantôt arrondies, claires, agencées en travées ou en plages homogènes, sans ébauche de structure alvéolaire.

Cette prolifération semble dépasser les limites du tissu conjonctivo-musculaire prostatique normal

Conclusion: Il s'agit donc, manifestement, d'un carcinome prostatique presque totalement anaplasique, à cellules claires, fortement infiltrant.

Les suites opératoires sont marquées par trois épisodes fébriles à 39 - 40 aux 4ème, 14ème et 18ème jours, vite régressifs sous traitement antibiotique + corticoïdes.

Les sondes urétérales sont retirées le douzième jour, la sonde vésicale, le dix huitième jour.

Une urographie intra-veineuse est faite au dix huitième jour, elle montre : un rein droit et un uretère droit normaux

un rein gauche ayant des cavités beaucoup plus pâles et sécrétant avec retard.

Le malade sort au vingt deuxième jour, apyrétique, pissant bien, mais l'état général est médiocre.

Il est à nouveau hospitalisé sept jours plus tard pour un nouvel épisode fébrile, vite encore résolutif sous antibiotiques + corticoïdes.

Une urographie intra-veineuse montre:

- un rein droit normal, un rein gauche sécrétant plus tardivement mais non dilaté.
- un résidu vésical not.

Une uréthroscopie montre l'absence de sténose urethrale. Le résidu est négligable (40 cc)

Le malade sort donc après quinze jours de cette nouvelle hospitalisation.

Il est revu le 10 Septembre 1965 en consultation:

- l'état général reste médiocre
- mais les mictions se font normalement.

Mais le 4 Décembre 1965, il entre à nouveau, en urgence, pour une insuffisance rénale grave (urée 2,40 g/l , anémie à 1.800.000 hématies) avec diurèse conservée (1.500 cc/j).

La mise en place d'une sonde à demeure et une réanimation ne viennent pas à bout de cette poussée.

Le T.R. montre un blocage de tout le petit bassin.

Le malade sort dans cet état, pour mourir chez lui quelques jours plus tard.

- OBSERVATION N° 2 -

Monsieur Henri P.. a 71 ans quand il consulte pour la première fois au C.M.C. de la Porte de Choisy, le 7 Avril 1967.

Depuis six ou huit mois, il se plaint de

- pollakiurie diurne et nocturne
- dysurie qui devient très pénible
- douleurs hypogastriques intermittentes.

Dans ses antécédents, rien de particulier, en dehors d'une amputation d'un bras, suite de blessure de guerre et d'une signéidite diverticulaire.

L'examen trouve un état général conservé, des fossés lombaires souples et libres, un abdomen souple; mais au T.R. on sent une prostate étalée et très dure.

Une urographie intra-veineuse est pratiquée le 12 Avril 1967 qui montre:

- une sécrétion synétrique des deux reins un peu retardée
- une dilatation de tout l'arbre urinaire au dessus d'un obstacle à la partie terminale des deux uretères
- un résidu important sur le cliché post mictionnel.

Le diagnostic ne faisant pas de doute, le malade est mis à un traitement associant les oestrogènes : 100mg diéthylstilboestrol / 24 h

les corticoïdes : cortancyl 30 mg/ 24h

Au bout d'un mois d'un tel traitement c'est un échec complet. Le malade est hospitalisé le 5 Mai 1967 pour un état fébrile avec frissons et une dysurie extrême.

A l'examen, l'état général est altéré (amaigrissement de 2kg en 1 mois), les données du T.R. sont les mêmes qu'un mois plus tôt.

L'urographie intra-veineuse montre des cavités plutôt plus dilatées qu'auparavant.

Monsieur P.. est opéré le 11 Mai 1967

Le bilan préopératoire ne mettait pas en évidence d'anomalies nettes (Electro-cardiogramme, radiographie pulmonaire normaux; fonction rénale normale, pas d'anémie).

Intervention du Docteur BRISSET.

Compte-rendu opératoire:

Cancer prostatique -Réimplantation urétérale bilatérale -
Résection du col vésical.

Médiane sous ombilicale intrapéritonéale.

Dissection des uretères pelviens après ligature des déférents
La génito-vésicale ne sera liée qu'à droite. Les uretères
sont liés le plus loin possible avant d'être coupés.

Ouverture de la vessie. Réimplantation des deux uretères
dans la calotte vésicale latéralement. Suture urétéro-vési-
cale au catgut 0000.

La suture est plus satisfaisante à gauche qu'à droite.

Mise en place de deux sondes urétérales N° 18 qui sortiront
latéralement à travers la vessie et la paroi.

Résection biopsique du col vésical, très difficile en raison
de la profondeur et de l'étroitesse du champ.

Fermeture de la vessie au catgut 00 en un plan sur une sonde
à double courant.

Une lane dans le retzius.

Paroi plan par plan

Compte-rendu histologique (Docteur E.MARTIN).

Résection du col vésical. Cancer de la prostate ?

Sur les prélèvements, on retrouve une lane conjonctivo-muscu-
laire, assez fortement densifiée et scléreuse qui est massi-
vement infiltrée par une prolifération de petites cellules,
étoilées ou polygonales, agencées en files étroites ou en
nappes homogènes sans ébauche de structure épithéliale.
Cette prolifération est intriquée avec quelques reliquats
de cavités glandulaires.

Conclusion: Il s'agit donc bien de l'infiltration néoplasique
massive, par un carcinome totalement anaplasique
dont il est impossible de préciser le point de
départ.

Les suites opératoires sont simples.

Les sondes urétérales sont enlevées au douzième jour, la sonde vésicale, le quatorzième jour. Un clocher fébrile le soir de l'ablation de cette sonde, oblige à la remettre pendant cinq jours. L'ablation définitive au vingtième jour est bien supportée.

Le malade sort au vingt cinquième jour, apyrétique et en bon état général avec 100 mg de distilbène et un traitement antiseptique urinaire.

Il est ensuite revu en consultation:

Le 4 Juillet 1967, soit deux mois après l'intervention: les troubles mictionnels ont disparu.

Le 15 Septembre 1967: Monsieur P.. a repris du poids, est en excellent état général.

- les urines sont limpides et stériles
- l'urographie intra-veineuse montre une régression spectaculaire de la dilatation, l'absence de résidu vésical.
- Le T A C E (10 mg/j) est alors prescrit à la place du diethylstilboestrol.

Le 21 Juin 1968: Monsieur P.. allant bien, a pris ses oestrogènes très irrégulièrement

- l'urographie intra-veineuse montre un haut appareil toujours normal mais la réapparition d'un résidu vésical.

Le 20 Septembre 1968: la pollakiurie est réapparue et s'accroît rapidement, il existe des mictions impérieuses.

- le T.R. retrouve une augmentation de volume de la prostate, toujours très dure
- il existe une insuffisance rénale (créatinine sanguine 43 mg/o/oo, clearance de la créatinine 20 ml/mn).
- l'urographie intra-veineuse montre une très mauvaise injection des cavités dilatées.
- la cystographie rétrograde montre un réflexe bilatéral, une vessie irrégulière de luttte.

Le malade est alors à nouveau hospitalisé au C.M.C. de la Porte de Choisy.

La sonde à demeure (qui nécessite une augmentation progressive de calibre) et les antibiotiques viennent à bout en quelques jours de cette poussée d'insuffisance rénale.

On décide alors de pratiquer une résection endoscopique pour lever l'obstacle cervical.

Celle-ci est tentée le 10 Octobre 1968, le résecteur ne peut être mis en place.

Une taille ~~vessicale~~ vésicale est donc décidée et l'on pratique le 21 Octobre 1968 une taille vésicale avec résection prostatique évitant le col cervical.

Compte-rendu histologique (Docteur E. MARTIN)

Ces volumineux fragments sont massivement infiltrés par une prolifération de petites cellules cubiques ou polygonales claires qui sont agencées en cordons étroits ou en ébauche de cavités alvéolaires plus ou moins dissociées par un stroma scléreux abondant.

Cette prolifération dissocie complètement les fibres musculaires et ne laissent subsister aucunes traces de structures épithéliales, vésicale ou prostatique normales.

Conclusion: Il s'agit donc d'un carcinome trabéculaire peu différencié, invasif prostatique primitif.

Il sort le 15 Novembre 1968. Il a perdu 5 kg mais les troubles mictionnels sont nettement améliorés. Seule persiste une pollakiurie nocturne.

L'urographie intra-veineuse du 12 Novembre 1968 montre une meilleure injection des cavités rénales, des voies excrétrices moins dilatées.

Revu le 12 Février 1969 : L'état général est médiocre. Les troubles mictionnels ne sont pas majorés, localement l'infiltration est importante.

Il ne sera pas revu. On apprendra qu'il est décédé en Juin 1969.

- OBSERVATION N° 3 -

Monsieur Louis K., consulte pour la première fois au C.M.C de la Porte de Choisy le 11 Septembre 1967.

Il a 60 ans, aucun antécédent pathologique particulier.

En 1965, sont apparues une dysurie et une pollakiurie. Il subit alors une adénomectomie. Nous n'avons pas le résultat de l'examen histologique mais comme la dysurie persiste après l'intervention, son médecin lui prescrit, à partir de Juillet 1966, un comprimé par jour, de cycladiène.

Cette thérapeutique va avoir peu d'effets sur les troubles observés. En Juillet 1967, alors que la dysurie s'accroît, survient une hématurie.

L'examen du 11 Septembre 1967 note:

- urines claires
- prostate large, haute, ferme, fixe, épaissie avec un bord droit et un prolongement droit assez dur.

Le 25 Septembre 1967 sont pratiqués

- dosage des phosphatases acides: 1,3 U.B.R.
- une urographie intra-veineuse qui montre:
 - à gauche, un rein muet seulement visible en néphrographie sur les clichés tardifs.
 - à droite, une dilatation de toute la voie excrétrice D.
 - un résidu vésical post mictionnel important.

Le malade est alors mis à un traitement oestrogénique : 100mg /j de diethylstilboestrol. Ce traitement entraîne une amélioration nette de la dysurie et de la pollakiurie.

Le 20 Novembre 1967, une nouvelle urographie intra-veineuse montre une persistance de la dilatation pyélourétérale bilatérale peut être un peu moins importante. Les cavités rénales gauches sont visibles, très dilatées sur les clichés tardifs.

Une réimplantation urétérale bilatérale est pratiquée le 13 Décembre 1967 (Docteur BRISSET)

Compte-rendu opératoire:

Médiane sous-ombilicale.

Après ouverture de la vessie par large taille, il se confirme qu'il existe un large néo prostatique envahissant les deux orifices urétéraux.

Dissection par voie extra-vésicale des deux uretères. Dans le pelvis, le droit est très augmenté de volume, le gauche nettement moins.

Section des uretères juste avant leur croisement avec la génito-vésicale.

Ligature au bout distal des uretères.

Réimplantation urétéro vésicale bilatérale directe par de nouveaux orifices situés sur les faces postéro latérales de la vessie.

Fermeture de la taille vésicale après avoir mis une sonde urétérale n° 18 dans chaque uretère, montée jusque dans le bassinot.

Réséction tropique du col.

Paroi fil non résorbable.

Compte-rendu histologique (Docteur E. MARTIN)

Ces fragments sont effectivement presque tous largement infiltrés par une prolifération de cellules cubiques ou polygonales claires, agencées en cordons plus ou moins épais ou en ébauches de structure alvéolaire.

Cette prolifération est dissociée en plusieurs points, par un stroma scléreux assez abondant.

Il n'existe pas de remaniement nécrobiotique, mais on retrouve de place en place, quelques infiltrats inflammatoires.

Conclusion: Il s'agit donc d'un assez vaste carcinome prostatique, trabéculaire et alvéolaire invasif.

Les suites opératoires immédiates sont très simples. Les sondes urétérales sont retirées le douzième jour. Mais ce même jour, une complication grave est à noter: douleur épigastrique violente + collapsus cardio-vasculaire et signes d'ischémie myocardique étendus à l'électro cardiogramme.

Tout rentrera dans l'ordre en dix jours. Le diagnostic définitif est celui de cœur pulmonaire aigu par embolie pulmonaire.

Le 6 Janvier 1968, une urographie intra-veineuse est pratiquée qui montre:

- une bonne récupération du rein gauche
- mais un retard de sécrétion important du rein droit.

Les tentatives d'ablation de sonde sont marquées par des douleurs du flanc droit.

On envisage d'abord une néphrourectomie droite, puis on décide d'attendre un mois au moins en gardant la sonde à demeure. (Il prend toujours 50 mg de dithilbène par jour).

Le 23 Février 1968, le malade est réhospitalisé. La sonde à demeure est enlevée, une urographie intra-veineuse pratiquée le 27 Février 1968 montre

- un rein gauche et un uretère gauche normaux
- mais un retard de sécrétion important du rein droit dont les cavités ne sont pourtant pas très dilatées.

Le malade est ensuite revu en consultation:

Le 14 Juin 1968, il va bien. L'urographie intra-veineuse est semblable à la précédente.

Le 13 Août 1968, il souffre de douleurs lombaires droites et une dysurie discrète est réapparue mais l'état général est bon.

Le 23 Octobre 1969, alors que depuis un an l'état général est bon, les troubles mictionnels s'accroissent (le malade prend assez régulièrement 50 mg/j de distilbène).

-et surviennent des hématuries à répétition.

Il est à nouveau hospitalisé.

L'état général est conservé, la pollakiurie marquée, surtout nocturne (4 à 5 fois).

L'examen retrouve un globe vésical important.

L'étude de la fonction rénale montre:

- urée sanguine 0,34 g/l
- créatinine sanguine 14 mg/l
- clearance de la créatinine 54 ml/min

L'urographie intra-veineuse montre:

- un rein droit pratiquement muet
- un rein gauche très dilaté
- un gros résidu vésical.

On entreprend alors, sous couvert d'une cystostomie à minina par drain de Redon intra vésical mis en place par voie transcutanée de dilater progressivement l'urethre prostatique de façon à pouvoir passer un résecteur.

Le 12 Novembre 1969: résection endoscopique (Docteur BRISSET)

Les suites sont simples mais le résidu est trop important à l'ablation de la sonde, ce qui conduit

le 27 Novembre 1969, à une nouvelle résection endoscopique (Docteur BRISSET).

Les suites sont à nouveau simples et le résidu, inférieur à 100 cc dans les jours qui suivent l'ablation de la sonde vésicale.

Il sort le 10 Décembre 1969.

Il sera revu le 10 Février 1970

- les mictions sont fréquentes mais la dysurie a disparu
- l'état général est bien conservé
- le malade a repris partiellement ses activités.

-- OBSERVATION N° 4 --

Monsieur Marcel L., a 65 ans quand il consulte pour la première fois au C.M.C de la Porte de Choisy, pour des troubles d'apparition récente, en Avril 1968.

En effet, depuis un mois, il se plaint de pollakiurie diurne et nocturne et a constaté l'apparition d'un oedème du membre inférieur gauche.

Dans ses antécédents, il n'y a rien de notable en dehors d'une ostéo-arthrite tuberculeuse de la cheville dans l'enfance.

L'examen trouve cet homme en assez bon état général.

- le toucher rectal permet de découvrir une prostate dure, mal limitée à sa base sans sillon médian dont la dureté permet d'affirmer pratiquement déjà le diagnostic du cancer de la prostate.
- Par ailleurs, l'examen des autres appareils ne met en évidence aucune anomalie, en dehors d'un oedème discret sus-malléolaire gauche prenant le godet.

L'urographie intra-veineuse pratiquée le 23 Avril 1968, montre:

- une sécrétion retardée des deux reins dont les cavités sont dilatées.
- une dilatation urétérale bilatérale jusqu'à une zone de rétrécissement qui siège, pour l'uretère droit, dans sa portion pelvienne, pour l'uretère gauche, dans sa portion iliaque au regard de l'aileron sacré.
- une empreinte prostatique irrégulière.
- un résidu vésical notable.

Tous ces éléments concordent pour poser le diagnostic de cancer de la prostate avec infiltration périprostatique bilatérale.

Un traitement par Distilbène 50 mg/j est institué.
Il entraîne une amélioration de la pollakiurie, une disparition de l'œdème du membre inférieur gauche.

Une nouvelle urographie est pratiquée le 20 Mai 1968, qui montre:

- une diminution de la dilatation pyélorétérale
- mais la persistance des zones de sténoses urétérales, vues à l'examen précédent.
- un résidu persistant.

Le principe d'une intervention tendant à lever l'obstacle sur les deux uretères est alors envisagé et le malade entre au C.M.C. le 18 Juin 1968.

Il reçoit alors 100 mg/j de Distilbène, traitement qui ne sera interrompu que pendant les trois premiers jours post-opératoires.

Le bilan préopératoire montre:

- une fonction rénale normale (urée sanguine 0,35 g/l)
- une très discrète anémie (3.900.000 hématies)
- l'électro-cardiogramme est normal.
- la radio pulmonaire également.

L'intervention est pratiquée le 20 Juin 1968 . (Docteur BRISSET)

Compte-rendu opératoire:

Cancer de la prostate avec envahissement des deux uretères pelviens. Bipartition vésicale. Résection biopsie de la tumeur.

Médiane sous-ombilicale intra péritonéale.

- 1 - Abord de l'uretère droit au détroit supérieur. Il est d'aspect pratiquement normal à ce niveau, l'infiltration commençant juste au-dessous.

Section de l'uretère en zone saine avec ligature du bout distal.

- 2 - Abord de l'uretère gauche au détroit supérieur. Il existe une sclérose et une infiltration néoplasique beaucoup plus importante.

L'uretère est très difficile à individualiser.

En tentant d'individualiser l'uretère, on est amené à sectionner l'artère hypogastrique contenue elle-même dans une gangue néoplasique importante (prélèvement)

L'uretère est situé au contact de l'artère iliaque externe dans une "gaine" commune avec cette artère.

Libération de l'uretère dont la paroi est moins souple qu'à droite.

Section de l'uretère. Ligature du bout distal.

- 3 - Ouverture sagittale de la vessie après libération de sa face antérieure.
- la région du col vésical est le siège d'une tumeur infiltrante: résection biopsie au bistouri électrique.
Hémostase par points de catgut 00.
- 4 - Réimplantation de l'uretère gauche dans la corne vésicale gauche.
Anastomose urétéro-vésicale à points séparés de catgut 00000.
- 5 - De la même façon, anastomose urétéro-vésicale dans la corne droite.
Deux sondes urétérales n° 14 sont mises en place et ressortiront latéralement, tranvésicales.
- 6 - Fermeture de la vessie en un plan de catgut 00 en confectionnant les deux cornes droite et gauche.
- 7 - Péritonisation à la soie 00 à droite
à gauche, le colon sigmoïde est simplement rabattu sur la zone décollée en laissant à cet endroit, un drain de Redon aspiratif.
- 8 - Fermeture de la paroi en trois plans plastofil. Drainage aspiratif de l'espace de Retzius.

L'examen histologique confirme le diagnostic de carcinome prostatique invasif. (Docteur E. MARTIN).

Confection d'une vessie bicorne pour cancer prostatique avec rétrécissement de l'urétéral.

ETUDE HISTOLOGIQUE:

1er - Gangue péri-urétérale

2ème- Recoupe de l'artère hypogastrique.

3ème- Recoupe urétérale gauche (Réimplantation urétéro-vésicale bilatérale).

4ème -Recoupe urétérale droite.

5ème- Résection d'adénome prostatique.

1er - Les fragments de gangue péri-urétérale sont constitués par un tissu conjonctivo-adipeux assez fortement scléreux parcouru par des vaisseaux à paroi fibreuse et à lumière perméable.

Dans cette réaction scléreuse, on trouve d'assez nombreuses cellules inflammatoires, polymorphes avec présence de lipocytes.

2ème- La recoupe de l'artère hypogastrique montre que celle-ci a une lumière assez fortement rétrécie, du fait d'une très importante endartérite proliférante, scléreuse.

La paroi elle-même est réduite à quelques faisceaux musculaires et élastiques, d'épaisseur variable.

Il existe un épaissement adventiciel dans lequel on trouve des amas inflammatoires et des filots nerveux plus ou moins scléreux.

Il existe, en plus, quelques groupes de cellules d'allure épithéliale agencées en petites travées étroites, plus ou moins intriquées à un infiltrat inflammatoire, sans signe évident de malignité.

3ème- La recoupe urétérale gauche a une lumière qui reste bordée par un urothélium assez plat, qui repose sur une paroi conjonctivo-musculaire continue.

Cette muqueuse est simplement soulevée en quelques points par un épaissement fibreux de la sous-muqueuse, avec discret infiltrat inflammatoire et oedémateux.

4ème- La recoupe urétérale droite est elle aussi, constituée par une paroi conjonctivo-musculaire, assez fortement fibreuse, mais qui n'est plus revêtue que par quelques minuscules lambeaux d'urothélium atrophique.

5ème- Les fragments de résection prostatique sont massivement infiltrés par une prolifération de petites cellules cubiques ou polygonales claires, agencées en cordons ou en ébauches de cavités tubulo-alvéolaires.

Ces éléments, parfaitement réguliers dissocient les plans musculaires et ne laissent subsister aucune glande normale.

Conclusion: Il s'agit donc, d'un carcinome prostatique primitif, massivement invasif, dont on retrouve

des éléments néoplasiques dans l'espace péri-vasculaire hypogastrique, et quelques cellules au niveau de la recoupe urétérale droite.

Ces recoupes sont simplement remaniées par des phénomènes de dystrophie scléreuse interstitielle.

L'artère est par contre, le siège d'une très intense endartérite presque sténosante.

Les suites opératoires sont simples.

Les sondes urétérales sont retirées le onzième jour, la sonde vésicale, le treizième jour.

Au quinzième jour, une urographie intra-veineuse de contrôle est pratiquée, elle montre une bonne évacuation des urines avec encore une dilatation pyélo-urétérale mais plutôt moins importante qu'avant l'intervention; une vessie de bonne capacité.

Le malade sort du G.M.C. au dix huitième jour, apyrétique, avec un rythme mictionnel très satisfaisant.

Il sort avec un traitement antiseptique urinaire et 50 mg de diethylstilboestrol.

Le malade est revu un mois après l'intervention. Il n'est plus pollakiurique.

Un traitement par colinycrine est entrepris pour une infection urinaire rebelle.

Il est ensuite revu en consultation:

Le 31 Janvier 1969 soit 6 mois après l'intervention.

Il a interrompu les oestrogènes, il va bien, ne se lève plus la nuit.

Se plaint de quelques douleurs intermittentes dans le rein droit à la miction.

Le 18 Février 1969, une urographie intra-veineuse de contrôle est pratiquée qui montre:

- adroite des cavités encore un peu dilatées.
- à gauche, des cavités rénales fines et uretère fin.
- résidu négligable.

Le malade est remis au T.A.C.E. (2 comprimés par jour).

Le 23 Mai 1969, les urines sont désinfectées. Le T.A.C.E. est diminué à un comprimé par jour.

Le 23 Février 1970, Monsieur L.. va bien, en dehors de douleurs vertébrales en rapport avec une métastase apparue au niveau de L_I

- les mictions sont normales
- il prend 75 mg de distilbène par jour.

Monsieur L.. a des activités normales.

-- OBSERVATION N° 5 --

Monsieur René C.. entre au C.M.C. de la Porte de Choisy le 10 Janvier 1969, il est âgé de 67 ans. En bonne santé toute sa vie,

Son histoire commence à la fin de l'année 1967 où surviennent

- des troubles mictionnels : pollakiurie diurne et nocturne dysurie.
- le T.R. met en évidence une prostate dure, irrégulière, évoquant le cancer.
- une urographie intra-veineuse (Décembre 1967) montre un rein gauche muet, une dilatation pyélo-urétérale discrète à droite, un résidu vésical au-dessus d'une empreinte prostatique irrégulière.

Le malade est mis aux oestrogènes (distilbène 50 mg/j).

Son dossier est montré au Docteur BRISSET qui propose une résection prostatique à vessie ouverte et une réimplantation urétérale.

Le malade refuse toute intervention.

Il prend ses oestrogènes de façon discontinue et voit ses troubles mictionnels s'accroître.

Quand il entre au Centre, il se lève la nuit presque toutes les heures pour émettre laborieusement quelques gouttes d'urines.

A son entrée l'examen montre:

- un assez bon état général
- une prostate très dure, irrégulière avec infiltration importante surtout à gauche.

Le cliché du squelette montre des images de condensation diffuse au niveau du bassin et des vertèbres lombaires qui font porter le diagnostic de métastases osseuses de ce cancer prostatique (les phosphates alcalins sont à 36 unités Bodanski).

L'urographie intra-veineuse (13 Janvier 1969) montre un rein gauche complètement muet, même sur les clichés tardifs.

- une dilatation pyélo-urétérale marquée au dessus d'une sténose de l'uretère pelvien droit.
- d'autre part, existent dans les cavités pyélocalicelles droites, plusieurs calculs peu opaques.

Le bilan préopératoire montre une fonction rénale sensiblement normale.

Le cliché pulmonaire est normal

L'électro-cardiogramme montre seulement une tachycardie sinusale

Les phosphatases sont élevés (21 unités)

Le rein gauche étant muet depuis plus d'un an; mais n'ayant pas donné de phénomènes infectieux, on décide de ne réimplanter que l'uretère droit.

L'intervention est pratiquée le 13 Janvier 1969 (Docteur BRISSET).

Compte-rendu opératoire:

Epithélioma de la prostate - Enucléation d'un petit adénome - Réimplantation urétérale droite.

Médiane sous-ombilicale transpéritonéale - Ouverture longitudinale de la vessie.

Abord de l'uretère droit en avant des gros vaisseaux. Il est dilaté.

Section de l'uretère - Réimplantation de l'uretère directement dans le dôme vésical,

l'anastomose est pratiquée au catgut 000 sur une sonde urétérale.

Enucléation d'un petit adénome intra-urethral.

Le processus néoplasique est manifestement lié à une dégénérescence de la coque de l'adénome.

Une sonde de Couvelaire et un drain de Redon transvésico-pariétaux.

Fermeture de la vessie au catgut 00 - Fermeture du péritoine au catgut - Plastofil sur l'aponévrose.

L'examen histologique confirme le cancer prostatique.

Compte- rendu histologique (Docteur E. MARTIE).

Résection d'un adénome prostatique.

Ce petit nodule, homogène de 25 millimètres de diamètre, coupé à plusieurs plans est massivement infiltré par une prolifération de petites cellules cubiques ou polygonales, basophiles, agencées en travées étroites ou en ébauches de cavités tubulo-alvéolaires.

Cette prolifération est dissociée par un stroma-scléreux et laisse subsister des faisceaux musculaires et quelques rares cavités glandulaires normales.

Conclusion: Il s'agit donc, des caractères manifestes d'un adéno-carcinome prostatique, trabéculaire et alvéolaire infiltrant.

Les suites opératoires sont sans incident.

La sonde de cystostomie a minima est retirée au troisième jour.

La sonde urétérale est retirée au douzième jour.

Le drain de Redon, intravésical au seizième jour, après avoir vérifié que le résidu était négligeable (25 cc)

Le malade sort au 21ème jour.

Une urographie au 20ème jour montre déjà une nette régression de la dilatation, un bon fonctionnement de l'anastomose urétéro-vésicale.

Le malade n'est pas revenu consulter. On sait qu'il est mort en Janvier 1970 sans que l'on connaisse les circonstances de son décès.

- OBSERVATION N° 6 -

Monsieur Georges D., qui a toujours été en bonne santé, consulte le 24 Juillet 1967, jour de ses 64 ans, au C.M.C. de la Porte de Choisy pour une hématurie initiale, durant depuis 10 jours et s'accompagnant de pesanteurs hypogastriques. Il existe une dysurie modérée, pas de pollakiurie.

L'examen retrouve: des urines contenant du sang.

Le T.R. "une très grosse prostate, pas très dure mais irrégulière, ferme, fixe, mal limitée avec des bosselures plus dures surtout à droite".

Les examens complémentaires sont pratiqués qui montrent: une augmentation discrète des phosphatases acides avec des tartrates labiles à 0,30.

L'urographie intra-veineuse est normale.

Un traitement de 50 mg de diethylstilboestrol par jour est prescrit.

Le 19 Octobre 1967 :

- Les troubles mictionnels ont disparu.
- Le T.R. note une "carcinose prostatique toujours assez étendue avec une infiltration massive au-dessus de la corne droite".

Les doses de diethylstilboestrol sont augmentées (75 mg/j).

Le 5 Septembre 1968:

- Monsieur D., qui a arrêté spontanément de prendre des oestrogènes depuis six mois, est à nouveau hospitalisé pour des troubles mictionnels très importants:
 - pollakiurie considérable (15 à 20 fois par jour).
 - besoins impérieux d'uriner le jour
 - pertes d'urines la nuit.

- L'urographie intra-veineuse montre une bonne sécrétion des deux reins symétriques
- mais une légère dilatation pyélo-urétérale bilatérale
- un très important résidu vésical.

Le 9 Septembre 1968

Après quatre jours de calibrage de l'urethre prostatique, on pratique une résection endoscopique (Docteur BRISSET)

Voici le compte-rendu histologique (Docteur E.MARTIN)

Ces fragments sont constitués par des languettes conjonctives musculaires qui sont partiellement revêtues par des lambeaux d'urothélium atrophique; il existe surtout, en plusieurs points de ces fragments une infiltration tumorale faite de cellules de petite taille polygonales ou rondes dispersées dans un stroma fibre-inflammatoire.

Conclusion: Il s'agit donc manifestement d'un carcinome invasif anaplasique dont il est difficile de déterminer s'il est sûrement plus d'origine vésicale que prostatique.

Les suites de cette résection sont simples. Le résidu, inférieur à 100 cc

Un traitement par 2 comprimés par jour de T.A.C.F. est institué.

Le 6 Février 1969, Monsieur D.. est à nouveau hospitalisé pour hématuries initiales et terminales, suivies quelques jours plus tard de coliques néphrétiques droites. De plus, existe une altération de l'état général.

- au T.R. tout le petit bassin est bloqué par une masse prostatique.
- l'étude de la fonction rénale montre
 - urée 0,80 gl
 - créatinine sanguine 35 mg/l
 - clearance de la créatinine : 14 ml/min
- L'urographie intra-veineuse montre bien sûr, une très mauvaise sécrétion du produit de contraste, mais sur les clichés tardifs, not en évidence une dilatation pyélo-urétérale bilatérale inconstante, un résidu vésical net.

Intervention le 10 Février 1969 (Docteur BRISSET)

Compte-rendu opératoire:

Epithélioma prostatique déjà resoqué, envahissant le trigône.
Vessie bicornue.

Médiane sous-ombilicale transpéritonéale.

Ouverture de la vessie: on est frappé par l'extension intravésicale des lésions qui rendent aléatoire l'intervention proposée. La seule alternative serait l'urétérostomie cutanée. Le malade n'étant pas prévenu on décide de pratiquer quand même une bipartition vésicale.

Repérage des uretères au détroit supérieur.

Section de ces derniers et ligature du bout distal au catgut 0

Réimplantation urétéro-vésicale dans chacune des cornes.
Une sonde dans chaque uretère qui sortira transversale et transcutanée.

Fermeture de la vessie au catgut 00 après avoir fait un prélèvement de la tumeur.

Péritonisation colo-vésicale excluant le petit bassin.

Fermeture plan par plan.

Compte-rendu histologique: (Docteur E. MARTIN)

Les fragments de col vésical sont entièrement constitués par une prolifération de cellules cubiques ou polygonales agencées en cordons para-malpighiens, assez peu différenciés, dissociés par un stroma scléreux et inflammatoire.

Ces boyaux sont assez riches en anarchies nucléaires et ne laissent subsister aucune trace de tissu épithélial normal ou glandulaire.

Les fragments d'uretère droit sont constitués par des petites languettes conjonctivo-musculaires, revêtues par un urothélium atrophique, sans lésion inflammatoire ou tumorale.

Du côté gauche on retrouve une fibrose pariétale très abondante, infiltrée par quelques éléments inflammatoires.
La lumière étroite est bordée par une muqueuse atrophique.

Conclusion: Carcinome anaplasique et trabéculaire paramalpighien, du col vésical et fibrose des prélèvements urétéraux, notamment du côté gauche.

Les suites opératoires sont très simples. Les sondes urétérales sont retirées au douzième jour, la sonde vésicale au quatorzième, sans incident.

Une urographie intra-veineuse de contrôle au quinzième jour montre une sécrétion précoce des deux reins à cinq minutes mais une dilatation pyélo-utérale bilatérale persistante.

L'urée sanguine est à 0,40 g/l, la créatinine sanguine à 8 mg/l, la clearance de la créatinine à 86 ml/mn.

Le malade sort au 23ème jour avec des mictions normales.

Sur les données de l'histologie on supprime les oestrogènes.

Il est revu en consultation le 11 Mars 1969: l'état général est très altéré.

Il meurt en Mai 1969 sans qu'il ait été revu en consultation.

- DISCUSSION -

=====

Avant d'envisager la discussion de ces observations, deux points doivent être rappelés:

- 1 - Le petit nombre des opérations présentées ne permet aucune conclusion d'ordre statistique. Ce sont des "histoires" de malades atteints d'une même maladie. Nous les avons rapportées en détail pour tenter de montrer les problèmes qu'elles posaient.
- 2 - Tous ces malades sont atteints de cancer contre lequel aucune thérapeutique curatrice ne pouvait être envisagée.
L'évolution vers la mort était donc inéluctable à plus ou moins brève échéance.

Or, la difficulté en matière de chirurgie palliative du cancer, pour le thérapeute est de mettre en balance

- l'intervention qu'il propose avec ce qu'elle "coûte" au malade (souffrances, inconfort, durée d'hospitalisation, infirmité).
- la survie, si souvent difficile à prévoir dans sa durée, impossible à prévoir dans la façon dont elle sera vécue.

Nous discuterons quatre points :

- 1 - Les malades et leur maladie.
- 2 - L'intervention chirurgicale.
- 3 - Les suites opératoires immédiates.
- 4 - La survie.

I - LES MALADES ET LEUR MALADIE -

1 - AGE

Les six malades ont respectivement 60, 71, 65, 60, 65 et 67 ans.

L'âge moyen des malades atteints de cancer prostatique est, dans les différentes statistiques, situé entre 65 et 70 ans.

Pour notre part, nous avons relevé dans le service de notre Maître, le Professeur KUSS, 280 malades atteints de cancer prostatique; leur âge moyen est de 69 ans.

Les malades présentés sont donc un peu plus jeunes que la moyenne mais pas de façon significative.

2 - LE TYPE DE CANCER.

Tous ont un cancer de la portion caudale de la prostate envahissant le trigône et retentissant sur le haut appareil.

Au moment de l'intervention, un avait des métastases osseuses (observation N°5), un autre en a vu survenir à distance de son intervention (observation N° 4)

Histologiquement: (Nous remercions le Docteur E. MARTIN d'avoir bien voulu revoir les coupes histologiques de ces six malades)

Une lecture rapide des conclusions de compte-rendus biologique pourrait faire conclure qu'il s'agit de six carcinomes prostatiques semblables.

En fait, il n'en est rien.

Dans deux cas: observations 1 et 6: il s'agit de carcinomes anaplasiques et où ce caractère anaplasique est retrouvé sur toute la pièce.

Or, il est frappant de voir que chez ces deux patients la survie a été respectivement de 9 mois et de 3 mois.

Certes, il n'est pas question de conclure à partir de

de deux cas mais peut-être peut-on faire les remarques suivantes:

- de tels cancers massivement anaplasiques ont un pronostic très sombre.
- la biopsie préopératoire (au résecteur ou à l'aiguille) permet un tel diagnostic.
- la chirurgie palliative semble être une mauvaise indication dans de telles formes.
- les cancers anaplasiques étant généralement radio-sensibles, on pourrait peut-être tenter alors une radiothérapie.

SYMPTOMATOLOGIE.

La symptomatologie est dominée par les troubles mictionnels (dysurie, pollakiurie) et ce sont eux qui ont conduit à l'examen qui a permis le diagnostic.

C'est l'urographie intra-veineuse pratiquée à tout suspect de cancer prostatique qui a montré la dilatation pyélo-urétérale.

Cependant trois faits sont à noter:

- un malade a présenté avant l'intervention une crise de colique néphrétique (Observation N°6)
- un malade a présenté avant l'intervention des épisodes de douleurs lombaires avec fièvre et frissons traduisant une pyélo-néphrite (Observation N°2)
- un malade a présenté une poussée d'insuffisance rénale majeure (Observation n° 1).

L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE.

Grâce à l'urographie intra-veineuse sous perfusion, tous les malades ont pu avoir une opacification de leur voie excrétrice. Le degré de dilatation urétérale était variable.

Il est parfois malaisé au départ de faire la part, dans la dilatation urétérale de ce qui est dû à l'obstacle cervical et de ce qui est dû à l'obstacle à la jonction urétéro-vésicale.

En dehors des indications à intervenir rapidement (observation N°1) c'est la persistance d'une dilatation importante malgré la levée de l'obstacle cervical et malgré les oestrogènes qui a conduit à intervenir.

II - L'INTERVENTION CHIRURGICALE -

BUT:

Le but de l'intervention fut chaque fois, de court-circuiter la zone néoplasique enserrant l'uretère terminal.

La façon la plus simple de réaliser un tel but est certainement l'urétérocystonéostomie.

La réimplantation dans une "vessie bicornue" permet de gagner plusieurs centimètres de chaque côté et permet ainsi de couper l'uretère plus à distance des lésions et de le réimplanter plus haut, ce qui laisse l'anastomose urétéro-vésicale à l'abri d'un envahissement secondaire, comme ce fut peut-être le cas dans l'observation N° 2

Deux étiologies étaient possibles à cette dilatation:

- un retentissement sur le haut appareil d'un obstacle cervical
- un envahissement secondaire
- ou les deux.

METHODES

3 fois les deux uretères furent réimplantés dans la calotte vésicale.

1 fois un seul uretère fut réimplanté dans la calotte vésicale

2 fois les deux uretères furent réimplantés dans une "vessie bicornue".

Nous avons vu plus haut la technique de ces interventions.

Un fait doit être signalé:

La réimplantation des uretères fut dans les six observations une réimplantation directe sur sondes sans aucun procédé anti-reflux:

Or chez ces deux malades (Observations N° 1 et N°3) l'ablation de la sonde vésicale fut suivie de poussées de pyélonéphrite qui peuvent être mises sur le compte d'un reflux d'urines infectées.

Comme on laisse en place un obstacle cervical (au moins en puissance) et que les urines seront bien difficiles à rendre stériles, on pourrait peut-être éviter de tels incidents, en dotant la réimplantation urétéro-vésicale d'un système anti-reflux (type Leadbetter par exemple). S'il est assez difficile de l'envisager dans une réimplantation directe dans la calotte, il devient plus aisé à faire dans une vessie séparée en deux cornes.

En plus de la réimplantation urétérale furent pratiqués:

- 2 fois l'exérèse d'un petit adénome intra-urétral qui "se clivait mal".
- 4 fois une résection tropique de la tumeur cervicale.

INDICATIONS RESPECTIVES.

Elles sont fonction des possibilités au cours de l'intervention. Si l'uretère n'est pas coupé trop haut, il sera réimplanté simplement, sinon on s'aidera d'une bipartition vésicale donnant de l'étoffe.

La pratique systématique de cette dernière méthode aurait le double avantage, d'éviter un nouvel envahissement ultérieur de l'anastomose et de permettre d'utiliser un procédé anti-reflux de réimplantation urétéro-vésicale. Ceci à condition que les uretères ne soient pas trop gros et qu'un tel procédé soit possible.

III - SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES -

Les suites immédiates sont dans l'ensemble, bonnes.

I - Les sondes urétérales systématiquement mises en place en cours d'intervention sont retirées respectivement
au douzième jour, chez cinq malades
au onzième jour chez un malade.

II - Le drainage vésical est retiré respectivement au
18ème, 20ème, 70ème, 13ème, 16ème, 14ème jour.

Ceci amène quelques commentaires:

1 - aucune fuite urinaire n'est à déplorer chez aucun de ces malades
ni au niveau de l'anastomose urétéro-vésicale
ni au niveau de la taille vésicale.

Ceci confirme la bonne qualité des tissus anastomosés.

2 - Les drainages vésicaux laissés en place au-delà des délais normaux le sont pour des raisons d'infection avec fièvre et frissons à l'ablation de la sonde. C'est le cas dans l'observation N° 2 et surtout dans l'observation N° 3 (un excès de prudence chez ce malade s'explique, d'autre part il est quand même rentré chez lui avec sa sonde à demeure).

Ces pyélo-néphrites à l'ablation du drainage vésical sont sans doute à mettre sur le compte d'un reflux infecté.

III - Les complications post-opératoires immédiates ont été:

- 2 fois donc, des poussées fébriles à l'ablation de la sonde

- 1 fois une complication grave (observation N°3) cœur pulmonaire aigu avec collapsus, due à une embolie pulmonaire qui grâce à une réanimation bien conduite a pu être rapidement régressif. (Ce

malade, actuellement en vie à vingt six mois de cette intervention est un de ceux ayant une des plus longues survies!)

Au total, à part cet accident aiguë imprévisible, les suites opératoires de ces six malades sont simples.

IV - Les malades sont sortis respectivement du C.M.C. au 22ème , 25ème , 28ème , 18ème , 21ème , 23ème jour post opératoire.

Suites simples, délais d'hospitalisation courts, un des objectifs de la chirurgie palliative est atteint.

- IV - LA SURVIE -

I - DUREE.

Sur les six malades présentés, quatre sont morts.

Pour les quatre malades décédés, la survie a été respectivement de :

9 mois	(Observation N°1)
25 mois	(Observation N° 2)
11 mois	(Observation N° 5)
3 mois	(Observation N° 6)

Les deux malades vivants ont un recul respectif de :

26 mois	(Observation N°3)
20 mois	(Observation N°4)

Ceci mérite quelques commentaires.

Le malade de l'observation N° 6 a une survie post-opératoire de trois mois, trop courte pour justifier a posteriori, une intervention chirurgicale l'ayant immobilisé trois semaines.

Histologiquement, il s'agissait d'un cancer anaplasique où l'histologiste avait hésité entre origine vésicale et prostatique.

Il s'agissait manifestement d'une mauvaise indication opératoire. Peut-être aurait-il pu bénéficier d'une radiothérapie.

Les mêmes remarques pourraient s'adresser au malade de l'observation N° 1, autre cancer anaplasique mort dans un tableau d'insuffisance rénale avec blocage de tout le petit bassin, 9 mois après l'intervention.

Dans l'observation N° 5 où la survie est également courte, le malade avait refusé l'intervention proposée 1 an plus tôt.

II - QUALITE DE LA SURVIE.

C'est chez les trois malades où la survie est la plus longue qu'il est intéressant de la juger, pour justifier a posteriori la chirurgie palliative ou la condamner.

Observation N° 2 - Survie de 25 mois.

Après l'intervention le malade a repris 7kg, a vu disparaître ses troubles mictionnels, a repris une activité professionnelle.

Ceci a duré quinze mois au bout desquels sont réapparus des troubles mictionnels; dix huit mois après l'intervention il a subi une résection endoscopique qui les a nettement améliorés.

Cependant à cette date, l'état général a commencé à décliner et l'aggravation a été progressive jusqu'à la mort.

Observation N° 3 - Survie de 26 mois.

C'est ce malade qui fit une embolie pulmonaire au douzième jour, grave mais réversible, grâce au traitement médical.

La sonde vésicale fut retirée au soixante dixième jour.

A partir de là il va très bien pendant 18 mois, reprend une activité professionnelle.

Il est réhospitalisé vingt mois après la première intervention pour une résection endoscopique (hospitalisation de quinze jours). Il sort avec des mictions normales et un résidu négligeable.

Revu trois mois plus tard, sans troubles mictionnels, sans insuffisance rénale, en assez bon état général.

Observation N° 4 - Survie de 20 mois.

Les suites opératoires ont été très simples.

Les troubles mictionnels ont disparu. Vingt mois après l'intervention, il ne se plaint d'aucun trouble mictionnel.

L'état général est bon mais il existe des douleurs lombaires en rapport avec une métastase lombaire.

Cependant cet homme a, vingt mois après une activité normale.

Au total, la survie apportée à ces malades est une survie confortable. Seule la réapparition des troubles mictionnels a justifié deux fois une résection endoscopique complémentaire.

Les gestes palliatifs contre le cancer prostatique paraissent donc justifiés:

- résection endoscopique quand l'orifice cervical est étranglé
- pontage urétéro-vésical quand les orifices urétéraux le sont.

Un examen histologique pré-opératoire permettrait sans doute de poser une meilleure indication.

- CONCLUSION -

Les succès obtenus grâce au pontage urétéro-vésical, dans quelques cas de cancers prostatiques avec retentissement sur le haut appareil nous semblent justifier la place de cette intervention dans l'arsenal thérapeutique dont on dispose.

Si la réimplantation directe des urctères dans la vessie n'est pas possible, la bipartition vésicale est une solution simple et efficace qui permet de gagner les précieux centimètres nécessaires au pontage urétéro-vésical.

Certes l'indication en est assez rare:

- Inutile, sans doute, dans les cancers dont l'évolution "galopante" dépasse rapidement toute chirurgie palliative.
- Inutile, peut-être, dans les cancers répondant bien à l'oestrogénothérapie et où ce seul traitement réduit une éventuelle dilatation urétéropyélocalicielle.
- L'indication type semble être l'adénocarcinome avec retentissement précoce sur le haut appareil et répondant mal aux oestrogènes.

De toute façon, l'indication doit à notre sens, en être discutée:

- chaque fois qu'on va poser l'indication d'une urétérostomie cutanée chez un malade atteint de cancer prostatique.
- chaque fois qu'une insuffisance rénale d'un malade atteint de cancer prostatique ne cède pas aux oestrogènes ou, bien sûr, à la libération d'un obstacle cervical.

Ainsi peut-on espérer éviter une infirmité définitive à des malades dont les journées sont chères parce qu'elles sont comptées.

- BIBLIOGRAPHIE -

ABOULKER

La rétention d'urines des tumeurs malignes de la prostate.

Revue du Praticien - T. XVIII n°27 - Mars 1967 p. 925

ABOULKER et BEAUMONT

Cancer de la prostate = Les oestrogènes sur le scrotum
Concours médical - 18 Novembre 1967 n°46 - p. 7625

BAILER

Enquête sur 2.300 cancers de prostate.

JAMA - vol. 201 n° 6 1er Septembre 1967

BARANGER

Quelle place pour la chirurgie dans le cancer de la prostate ?

Thèse Paris 1961 - n° 743 - Imp. bibliog.

BOISSINOT

Retentissements urétéro-rénaux des cancers prostatiques
Conduite à tenir.

Thèse médecine Bordeaux 1961 - n° 50

CAMPBELL et COLSTON

Radical perineal prostatectomy for early cancer.
Followup study of 108 personal cases.

JAMA 14 Février 1959 n° 7 p.700

CIBERT J.

Résultats du traitement hormonal du cancer de la prostate.

Journal d'urologie 1949 - T. 55 n° 9 pp. 705-711

CORBI

Comportamento della vie alte urinarie. Nei cancri
vesicali a prostatici
Urologia - Oct. 1950

COUVELAIRE

- Signification de l'asymétrie urographique des images
urétéropyélocalicelles du prostatique.
Journal d'urologie - T. 59 n° 1-2 1953 - pp.17-27

- On the surgical treatment of prostatic carcinoma
Urologia internationalis 1965 - n° 19- 63 - 6

CULP

La prostatectomie par voie périnéale, passé, présent,
avenir.
Journal of urology - Nov. 1967 98-5 p 618-26

DENIS

Prostatectomie totale pour cancer.
Journal d'urologie - T 57 1951 p.784

FEY et LANG

A propos du traitement du cancer de la prostate par
les oestrogènes.
Journal d'urologie 1950 T.56 - p.223

GIANTON et coll.

Traitement palliatif du cancer de la prostate.
South Medical Journal - Nov. 1952 p.1094

HUDSON, FINKLE, TOTTEN

Classification des adénocarcinomes de la glande
prostatique.
Cancer. Nov. 1952 p. 1225

HUGGINS et Coll.

Les effets de la castration et des oestrogènes sur la prostate normale et hypertrophique du chien.
The journal of exp. medicine - Vol. 72 n°6 - 1er Déc, 1940

Le traitement du cancer de la prostate.
CANADA M. A. J. 50 - 1944 pp.301-307

Les effets des hormones sur le cancer humain.
IV° Congrès international sur le cancer - Saint-Louis.
Septembre 1947

A propos du traitement du cancer de la prostate.
The journal of urology Août 1969 p.119

HUTCH et FISHER

Continence après prostatectomie totale.
British journal of urology 40 - n°1 -Feb. 1968 pp62-67

KEMPF et BILGER

sur les résultats histologiques des tumeurs prostatiques opérées.
Journal d'urologie 1955 p.752

KUSS

- A propos de 5 cas de prostatectomie totale pour cancer par voie rétropubienne.
Journal d'urologie 1949 T.55 n° 5 - 6

- Urétéroplastie par lambeau vésical -A propos de 38 cas personnels.
Urologia Internationalis 1956 - Vol.3 n°4

LEADER

Etat actuel de la chirurgie radicale du cancer précoc de la prostate.
Journal of urology - T. 74 Juillet 1955 p. 142

LEE

Silent prostatic carcinoma presenting as bilatéral

MAGDER

La bipartition de la vessie. Sa place dans les
anastomoses urétérovésicales.
Congrès français d'urologie Paris 1963 - pp.551-566

MILLIN

La chirurgie de la prostate maligne

NESBIT et BAUM

Traitement endocrinien du cancer de la prostate.
Statistique de 1818 cas.
JAMA. 143 - 15 12 Août 1950 p. 1317

TURNER et BELT

Etude de 229 cas de prostatectomie totale pour cancer.

VERNET

Aspect chirurgical du cancer de la prostate.
Helv. chir. acta 29 Nov. 1962 pp.518-526

COLLOQUES

Sur le traitement du cancer de la prostate
Troisièmes journées urologiques de Marseille -in journal
d'urologie. T. 74 n°10-II Oct-Nov. 1968 pp.769-787

Les sténoses extrinsèques du bas uretère.
Journées belgo-lilloises d'urologie 1967 - in Acta urologica
belgica Janv. 1970

CONGRES

Congrès français d'urologie 1952 - Traitement du
cancer de la prostate.

10ème Congrès de la Société internationale d'urologie
Athènes Avril 1955.

52ème Congrès français d'urologie -Paris 1958
pp. 169-223

